

## Demonstracja przypadków otoneurologicznych

### Otoneurological cases presentation

Grażyna Tacikowska

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie

**Słowa kluczowe:** zawroty głowy, symptomatologia, zaburzenia równowagi

**Key words:** dizziness, symptomatology, balance disorders

Zawroty głowy i zaburzenia równowagi stanowią trudny problem diagnostyczny z kilku powodów:

- 1) złożonej budowy, fizjologii i patofizjologii układu równowagi i niemożności powiązania objawów z konkretnym narządem;
- 2) nieprecyzyjnej terminologii i trudności w opisywaniu objawów zarówno przez pacjenta, jak lekarza;
- 3) rozproszenia narzędzi diagnostycznych wśród różnych specjalności medycznych;
- 4) niedostatecznych lub trudnych metod terapeutycznych.

Nie istnieje żaden oficjalny czy powszechny konsensus postępowania z pacjentem z zawrotami głowy. Nierzadko diagnostyka i terapia jest intuicyjna lub wypływa z indywidualnego doświadczenia [1].

Można wskazać jednak istotne elementy oceny i postępowania z pacjentem z zawrotami głowy, które leżą u podstaw tak zwanej najlepszej praktyki; zrozumienie zasad tej ostatniej może gwarantować dokładniejsze, szybsze i ekonomiczne postępowanie w zawrotach głowy. Są to: określony wywiad podmiotowy i znajomość specyficznych technik badania przedmiotowego w kontekście fizjologicznych mechanizmów układu przedsionkowego i okulomotorycznego oraz odpowiednie korzystanie z badań dodatkowych. Należy podkreślić, że w wielu wypadkach zawrotów głowy, wywiad i właściwe testy badania przedmiotowego pozwalają postawić właściwą diagnozę bez potrzeby wykonywania złożonych badań dodatkowych [2, 3].

W celu przedstawienia schematu wnioskowania w trakcie diagnozowania pacjenta z zawrotami głowy, przeanalizowano wiele przypadków pacjentów z zawrotami głowy. Przedstawiono sposób użycia poszczególnych technik diagnostycznych z podkreśleniem charakterystycznych dla danej jednostki cech objawów podmiotowych i przedmiotowych. Przedstawiono przypadki klasycznych jednostek otoneurologicznych, niektóre o nietypowym przebiegu (zapalenie neuronu przedsionkowego, różne odmiany łagodnych, napadówych położeniowych zawrotów głowy, nerwiak nerwu przedsionkowo-ślimakowego, choroba Ménière'a, migrena z zawrotami głowy, obustronne uszkodzenie funkcji obwodowego narządu przedsionkowego) oraz przypadki rzadkie, złożone lub ubogo objawowe, które stwarzają trudności diagnostyczne lub są groźne z punktu widzenia zdrowia lub życia (hipotonia ortostatyczna, fobia zawrotów — *phobic postural vertigo*, *mal de débarquement*, dehiscencja kanału półkolistego górnego, migrena

podstawna, stwardnienie rozsiane, zawały niedokrwienne struktur tylnego dołu czaszkowego, guzy centralnego układu nerwowego — CUN). Zwrócono uwagę na grupę pacjentów, którzy byli kierowani w pierwszej kolejności na diagnostykę funkcji ucha wewnętrznego z powodu zawrotów różnego typu, a u których dalsze badania wykazały patologię CUN. Należy zaznaczyć, że u większości z tych osób (np. stwardnienie rozsiane, udar niedokrwien-ny mózdzku, choroby degeneracyjne i zwyrodnieniowe, guzy, malformacja Arnolda-Chiari) dokładne badanie neurologiczne oraz testy wykonywane w ocenie funkcji obwodowego narządu przedsionkowego pozwoliły wykryć zaburzenia zarówno CUN, jak i innych nerwów czaszkowych.

W wywiadzie chorobowym pacjentów zwracano uwagę na następujące pytania: czy objawy odpowiadają zaburzeniom układu przedsionkowego, czy wynikają z zaburzeń ogólnomedycznych (leki, hipotonia, arytmia, hipoglikemia), czy objawy są charakterystyczne dla uszkodzenia kanałów półkolistych (rotacja) czy narządu otolitowego (uczucie przesuwania lub przechylania) lub ich połączeń, czy objawy sugerują uszkodzenie obwodowej części układu przedsionkowego (błędnik, nerw VIII) czy ośrodkowej (jądra przedsionkowe, mózdzek), czy objawy są prowokowane ruchami głowy lub zmianą pozycji, jakie są inne czynniki wywołujące objawy lub je pogarszające, czy występują zaburzenia słuchu, czy występuje podwójne widzenie (np. *skew deviation*), oscilopsja (drżanie obrazu podczas ruchów głowy), czy występują inne objawy uszkodzenia CUN lub otologiczne, jak szybko narastały pierwsze objawy i jak długo trwały, czy występują pod postacią ataków i ile trwa pojedynczy epizod zawrotów [4] (tab. 1).

W badaniu przedmiotowym wykonywano próby, które mają na celu zarówno ocenę miejsca uszkodzenia, jak i ocenę czynnościową pacjenta (np. stan kompensacji): testy okulomotoryczne (wolne śledzenie, sakkady, testy spojrzeniowe i fiksacyjne), obserwacja oczopląsu spontanicznego (okulary Frenzla, test fiksacji), ocena wydolności odruchu przedsionkowo-ocznego (test potrząsania głową — *head shaking test*, test pchnięcia głową — *head thrust*, dynamiczna ostrość widzenia), obserwacja ustawienia gałek ocznych i test przechyleniowy (*skew deviation*), test hamowania odruchu przedsionkowo-ocznego, manewry położeniowe, ocena odruchów posturalnych i chodu [5] (tab. 2).

### Piśmiennictwo

1. Hain T. Approach to the patients with dizziness and vertigo. W: Biller J. (red.). Practical neurology. Lippincott-Raven, Philadelphia 2002: 371–393.
2. Eggers S., Zee D. Evaluating the dizzy patient: bedside examination and laboratory assesment of the vestibular system. Semin. Neurol. 2003; 23: 47–58.
3. Brandt T. Vertigo, its multisensory syndrom. Springer-Verlag, London 1991.
4. Halmagyi G. History II. Patient with vertigo. W: Baloh R., Halmagyi T.G. (red.). Disorders of the vestibular system. Oxford University Press, New York, Oxford 1996; 171–177.
5. Tusa R. Bedside assesment of dizzy patient. Neurol. Clin. 2005; 23: 655–673.

**Adres do korespondencji:** dr med. Grażyna Tacikowska  
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu  
ul. Zgrupowania AK „Kampinos” 1, 01–943 Warszawa  
tel.: 0 22 835 66 70, faks: 0 22 835 52 14  
e-mail: g.tacikowska@ifps.org.pl